

**Grażyna Kaczmarek**

Stacja Dializ Fresenius Nephrocare

Problemy pielęgnacyjne pacjentów z zajęciem nerek w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego

Nursing problems of patients with kidney involvement in the course of systemic lupus erythematosus

ABSTRACT

Rheumatic diseases, including systemic lupus erythematosus, can lead to complications and symptoms from many systems. In the course of TRU, kidneys may occur and, consequently, end-stage failure. Pa-

tients starting renal replacement therapy are burdened with many bio-psycho-social care problems.

Forum Nefrol 2018, vol 11, no 4, 286–292

Key words: systemic lupus erythematosus, renal replacement therapy, care problems, health education

▶▶Wśród powikłań obserwujemy nasilenie objawów z wielu układów, co w opiece nad chorym wymusza postępowanie multidyscyplinarne, również nefrologiczne◀◀

WSTĘP

Choroby reumatyczne do niedawna były postrzegane jako przejaw starzenia się organizmu i jako takie przypisywane osobom w zaawansowanym wieku. Nie znamy jeszcze wszystkich mechanizmów i przyczyn tych chorób, ale możemy jednoznacznie wykazać, że choroby reumatyczne dotyczą również osób młodych. W edukację społeczeństwa angażują się znane osoby ze świata artystycznego, na przykład Seal czy Selenia Gomez, które — opowiadając o swoich problemach zdrowotnych i życiu codziennym z chorobą — przybliżają tę tematykę. W Polsce aktywna jest kampania „Reumatyzm ma młodą twarz” organizowana przez Stowarzyszenie „3majmy się Razem”.

Przełamywanie stereotypów jest również ważne jak świadomość konsekwencji i powikłań, do których prowadzą choroby reumatyczne. Wśród powikłań obserwujemy nasilenie objawów z wielu układów, co w opiece nad chorym wymusza postępowanie multidyscyplinarne, również

nefrologiczne. Objawy ze strony układu moczowego manifestowane są u pacjentów z różnymi schorzeniami reumatologicznymi: reumatoidalnym zapaleniem stawów, twardziną układową i innymi. W niniejszej pracy chciałabym skupić się na problemach pielęgnacyjnych pacjentów rozwijających niewydolność nerek w przebiegu toczenia rumieniowatego układowego.

TOCZEŃ RUMIENIOWATY UKŁADOWY

DEFINICJA

Toczeń rumieniowaty układowy (TRU; SLE — *systemic lupus erythematosus*) jest chorobą autoimmunologiczną, w której przebiegu dochodzi do uszkodzenia narządów, tkanek i komórek za pośrednictwem wiążących się z tkankami autoprzeciwciał i kompleksów immunologicznych [1].

PATOGENEZA

W rozwoju TRU biorą udział czynniki genetyczne (choroba wielogenowa), środowi-

Adres do korespondencji:
mgr piel. Grażyna Kaczmarek
Stacja Dializ Fresenius Nephrocare
ul. Marcina Lutra 2
54–239 Wrocław
tel.: 71 781 444 128
e-mail: g.kaczmarek.wro@wp.pl

skowe (ekspozycja na światło ultrafioletowe, infekcje, palenie tytoniu) i hormonalne (estradiol wiąże się z receptorami na limfocytach T i B, zwiększając aktywację i wydłużając czas ich przeżycia, co sprzyja przedłużaniu odpowiedzi immunologicznej) [1]. Patogeneza TRU łączy w sobie zaburzone mechanizmy odpowiedzi immunologicznej wrodzonej i nabytej, a dominującym zaburzeniem jest utrata tolerancji na własne antygeny [2].

EPIDEMIOLOGIA

Toczeń rumieniowaty układowy występuje na całym świecie, u przedstawicieli wszystkich ras. Najczęściej chorują kobiety (10 × częściej) w wieku rozrodczym (duże znaczenie ma czynnik hormonalny). Częściej choroba dotyka osób czarnoskórych i Latynosów (200 przypadków na 100 tys.). U przedstawicieli rasy kaukaskiej występuje rzadziej (40 przypadków na 100 tys.) [3].

OBJAWY I KRYTERIA ROZPOZNANIA

Zmiany chorobowe mogą dotyczyć różnych narządów i tkanek, dlatego obraz kliniczny jest niejednorodny, a przebieg może być odmienny u różnych pacjentów. Utrudnia to jednoznacz-

ne rozpoznanie choroby, którą trzeba odróżniać od innych chorób mogących naśladować TRU.

Na tegorocznym kongresie EULAR 2018 zaprezentowano nowe kryteria klasyfikacyjne TRU. Zgodnie z zasadami ogólnymi dotyczącymi oceny poszczególnych kryteriów: nie liczy się kryteriów, jeśli inna choroba lepiej wyjaśnia występowanie tych zmian; objawy muszą być stwierdzone przynajmniej raz; musi być spełnione co najmniej jedno kryterium kliniczne; kryteria nie muszą występować jednocześnie; w każdej domenie liczone jest kryterium z największą liczbą punktów.

Ekspertci przypisują dużą rolę stwierdzeniu przeciwciał przeciwwądrowych (ANA, *anti-nuclear antibodies*) w mianie co najmniej 1 : 80. Obecne kryteria zostały zwalidowane przez analizę 501 chorych na TRU i 500 osób z grupy kontrolnej z 21 ośrodków zajmujących się diagnostyką i leczeniem TRU. Dane były oceniane przez 3 niezależnych ekspertów; wyniki podano w tabeli 1 [4].

Ponadto analizowano częstość różnych objawów stwierdzanych u chorych na TRU i w chorobach przypominających TRU (tab. 2) [4].

Interpretacja wyników i różnorodność objawów są trudne do weryfikacji. Niekiedy pacjenci

►►Najczęściej chorują kobiety (10 × częściej) w wieku rozrodczym (duże znaczenie ma czynnik hormonalny)◀◀

►►Zmiany chorobowe mogą dotyczyć różnych narządów i tkanek, dlatego obraz kliniczny jest niejednorodny, a przebieg może być odmienny u różnych pacjentów. Utrudnia to jednoznaczne rozpoznanie choroby, którą trzeba odróżniać od innych chorób mogących naśladować TRU◀◀

Tabela 1. Kryterium podstawowe — stwierdzenie przeciwciał przeciwwądrowych w mianie co najmniej 1 : 80 [4]

Domeny kliniczne	Liczba pkt	Domeny immunologiczne	Liczba pkt
Gorączka	2	Przeciwciała antyfosfolipidowe (antykaroliolipinowe, przeciw β 2-glikoproteinie lub LA)	2
Zmiany skórne		Obniżenie składowych dopełniacza	
— wysypienie bez blizn	2	-C3	3
— owrzodzenia w jamie ustnej	2	-C4	4
— podostry tocień skórny lub krążkowy	4		
— ostry tocień skórny	6		
Objawy stawowe		Przeciwciała wysokoswoiste dla TRU	
— zapalenie ≥ 2 stawów lub ból ≥ 2 stawów i sztywność poranna ≥ 30 min	6	-anty dsDNA	6
		-anty Sm	6
Objawy neurologiczne			
— delirium	2		
— psychozy	3		
— drgawki	5		
Zapalenia błon surowiczych			
— płyn w opłucnej lub osierdziu	5		
— ostre zapalenie osierdzia	6		
Objawy hematologiczne			
— leukopenia	3		
— małopłytkowość	4		
— autoimmunologiczna hemoliza	4		
Objawy nerkowe			
— białkomocz $> 0,5$ g/dobę	4		
— tocień nerkowy, klasa II lub V	8		
— tocień nerkowy, klasa III lub IV	10		
Rozpoznaj tocień rumieniowaty układowy, gdy ≥ 10 pkt			

►►Schyłkowa niewydolność nerek stanowi 10–25% przypadków i wymaga zastosowania leczenia nerkozastępczego◄◄

►►Toczniove zapalenie nerek jest niezwykle poważnym objawem TRU◄◄

Tabela 2. Częstość stwierdzanych objawów u chorych na tocznia rumieniowatego układowego (TRU) i w chorobach przypominających TRU [4]

Objawy	TRU	Choroba przypominająca/imitująca TRU
Bóle stawów	57%	26%
Wysypka skórna	50%	6%
Gorączka	34%	14%
Łysienie	31%	12%
Zmęczenie	29%	37%
Zapalenie opłucnej	22%	2%
Objaw Raynauda	22%	48%
Owrzodzenia w jamie ustnej	22%	5%
Zajęcie nerek	13%	0
Drgawki	3%	0

mają problem z określeniem długości trwania objawów, szczególnie przy tych mniej charakterystycznych, jak na przykład zmęczenie. Wymaga to od chorego świadomości i samoobserwacji.

LECZENIE

Sposób leczenia TRU zależy od postaci choroby oraz jej aktywności, lokalizacji zmian i stopnia uszkodzenia narządów wewnętrznych, na przykład nerek, a także obecności innych chorób współistniejących. Standardowe leczenie farmakologiczne obejmuje zazwyczaj: niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwmalaryczne, kortykosteroidy, leki immunosupresyjne oraz leki cytostatyczne.

TOCZNIOWE ZAPALENIE NEREK

Toczniove zapalenie nerek jest niezwykle poważnym objawem TRU. Ma podłoże immunologiczne; zmiany zapalne w nerkach wynikają z gromadzenia w obrębie kłębuszków kompleksów immunologicznych złożonych z antygenów jądrowych i skierowanych przeciwko nim auto-przeciwciał [3]. Zapalenie nerek i zakażenia są przyczyną zgonów, szczególnie w pierwszej dekadzie choroby. Mimo uszkodzenia kłębuszków nerkowych większość pacjentów nie odczuwa żadnych dolegliwości ze strony układu moczowego. Bezobjawowy przebieg nie zwalnia z diagnostyki i wykonywania badania ogólnego moczu u każdego chorego z podejrzeniem TRU [1].

OBJAWY I DIAGNOSTYKA

Zajęcie nerek prezentuje różnorodny obraz kliniczny, poczynając od niewielkich

zmian w moczu (nieznaczny białkomocz z erytrocetrią lub bez niej), przez zespół nerczycowy z dobowym wydalaniem z moczem nawet do kilkunastu gramów białka. W tym czasie chory może zauważyć pienienie się moczu (co jest spowodowane dużą ilością białka) lub zmianę jego barwy na ciemnobrunatną lub czerwona (co jest wynikiem obecności krwi w moczu). Gdy utrata białka z moczem trwa dłuższy czas, mogą wystąpić obrzęki i często jest to pierwszy objaw choroby. Chory zauważa obrzęki stóp i podudzi (często na koniec dnia) lub opuchnięcie twarzy (zwykle rano). Obrzęki mogą szybko narastać i w ciągu paru dni chory może przybrać na wadze 5–10 kg. U osób z nefropatią toczniową, u których mimo leczenia utrzymuje się białkomocz powyżej 1,0 g na dobę, obserwuje się powolny, wieloletni postęp przewlekłej choroby nerek. Rozwój choroby przyspieszają: nadciśnienie tętnicze, przyjmowanie leków nefrotoksycznych, otyłość, cukrzyca. Schyłkowa niewydolność nerek stanowi 10–25% przypadków i wymaga zastosowania leczenia nerkozastępczego [2].

Oprócz badania moczu diagnostyka obejmuje badania krwi i surowicy na obecność ANA, a także biopsję nerki wykonywaną praktycznie u wszystkich chorych na tocznia i z cechami zapalenia nerek. Ocena pod mikroskopem pozwala rozpoznać toczniowe zapalenie nerek i określić, jak bardzo uszkodzone są kłębuszki nerkowe. Badanie morfologiczne umożliwia określenie tzw. klasy toczniowego zapalenia nerek (od I do VI), od której zależy sposób leczenia.

LECZENIE

Toczniove zapalenie nerek jest chorobą przewlekłą wymagającą leczenia przez wiele lat. Wybór metody leczenia zależy od stopnia ciężkości choroby w chwili rozpoznania, uwzględnia klasę toczniowego zapalenia nerek, a także dynamikę rozwoju choroby. Wdrażane jest leczenie glikokortykosteroidami (tzw. steroidy), które są silnymi lekami przeciwzapalnymi i immunosupresyjnymi. Oprócz glikokortykosteroidu zwykle stosuje się drugi lek immunosupresyjny. Może to być cyklofosfamid, azatiopryna, metotreksat, cyklosporyna, takrolimus lub mykofenolan mofetylu. U niektórych pacjentów rozważa się leczenie plazmaferazą bądź wdraża leczenie biologiczne [3]. W przypadku schyłkowej niewydolności nerek niezbędne jest rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego. W zależności od indywidualnych przeciwwskazań może to być

dializa otrzewnowa, HD lub przeszczepienie nerki [3].

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTÓW Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM I TOCZNIOWYM ZAPALENIEM NEREK

Życie osób cierpiących na przewlekłą chorobę wiąże się z wieloma ograniczeniami. Ciągłe kontrolowanie stanu zdrowia, uciążliwe dolegliwości, przyjmowanie leków, częste wizyty w placówkach ochrony zdrowia wpływają na jakość życia chorego. Pacjent z rozpoznaniem TRU jest obciążony wieloma objawami, a każdy z nich stanowi osobny problem pielęgnacyjny. Zmęczenie, łatwa męczliwość, ból, stany zapalne, ograniczenie ruchomości i deformacje stawów, a także osłabienie siły mięśniowej będą ograniczały samodzielność w poruszaniu się i wykonywaniu wielu codziennych czynności. Mogą stanowić przeszkodę lub wręcz barierę w wykonywaniu pracy.

Pacjenci, u których rozpoznano schorzenie w wieku szkolnym, dostosowują wybór zawodu do ograniczeń spowodowanych chorobą. Jeśli rozpoznanie choroby następuje podczas aktywności zawodowej, wiąże się z problemami z utrzymaniem stanowiska pracy z powodu częstych zwolnień lekarskich, zmniejszenia wydajności, z trudnościami ze znalezieniem nowego miejsca pracy dostosowanego do ograniczeń fizycznych osoby chorej. W tej sytuacji trudno planować rozwój zawodowy i karierę. Brak stałego miejsca pracy lub zmiana na mniej wymagające stanowisko wiąże się z ograniczeniami finansowymi, a także z frustracją u chorego. Rodzi to niepokój, stres, brak możliwości długofalowych planów dotyczących życia zawodowego czy rodzinnego.

Dezintegracja wynikająca z nieprzewidywalności choroby powoduje niemożność zaplanowania wyjazdów czy spotkań towarzyskich, a nawet zaburza plan wypoczynku. Chorzy na TRU miewają problemy emocjonalne, takie jak złość, stany depresyjne, zaburzenia funkcji poznawczych, niska samoocena. Nasilają się one również w związku z wyglądem zewnętrznym. Jak pamiętamy, choroba dotyczy częściej młodych kobiet, dla których deformacje stawów czy objawy skórne w postaci rumienia na twarzy mogą stanowić poważny problem, obniżając samoocenę, prowadząc do izolowania, ograniczania kontaktów towarzyskich, depresji.

Pacjent z TRU może borykać się problemami pielęgnacyjnymi ze strony układu pokarmowego, takimi jak owrzodzenia jamy ustnej, zgaga, biegunki, bóle brzucha. Objawy te nie tylko stanowią dyskomfort, ale również utrudniają pracę i kontakty towarzyskie. Chory powinien mieć możliwość konsultacji u dietetyka lub pielęgniarki edukującej w zakresie żywienia.

Należy pamiętać, że leczenie doustne przyjmowane przez chorych ma działania niepożądane. W pierwszych miesiącach i latach leczenia immunosupresyjne dają powikłania w postaci zakażeń, często groźnych dla życia. W późniejszym okresie leczenia dochodzi do powikłań sercowo-naczyniowych, chorzy nierzadko zapadają na nowotwory złośliwe [3]. Pacjenci muszą być świadomi, że powikłaniem polekowym może być wzrost glikemii, poziomu cholesterolu, ciśnienia krwi i masy ciała oraz zagrożenie osteoporozą, dlatego tak ważna jest edukacja zdrowotna. Wśród powikłań niezagrożających życiu, ale na pewno wpływających na obniżenie jego jakości są problemy ze strony układu pokarmowego, nakładające się na zaburzenia pierwotnie wynikające z choroby.

Toczeń bywa przyczyną poronień i przedwczesnych porodów. Kobiety cierpiące na tę chorobę mogą jednak donosić ciążę. Musi być ona zaplanowana. Najlepszy moment na prokreację to okres remisji lub małej aktywności choroby trwający co najmniej od 6 miesięcy. Nad ciążą opiekę powinien sprawować zespół złożony z doświadczonego położnika, reumatologa, a przy zajęciu nerek — także nefrologa.

Zajęcie narządów wewnętrznych: nerek, płuc, serca, układu nerwowego, wpływa na ograniczenie wydolności funkcjonalnej i mentalnej chorego. Istotnym zagrożeniem życia jest rozwinięcie schyłkowej niewydolności nerek. Wdrożenie leczenia nerkozastępczego jest niezbędne, ale pociąga za sobą wiele problemów natury zarówno somatycznej, jak i psychospołecznej. Chory powinien być przygotowany przez edukację do wyboru metody leczenia [5]. Udział w świadomym wyborze metody nie powinien ograniczać się tylko do pacjenta; również rodzina powinna zaangażować się w ten wieloetapowy proces edukacji prowadzony przez lekarza i pielęgniarki nefrologiczne [6].

W Polsce zapotrzebowanie na edukację i wsparcie multidyscyplinarne (lekarz, pielęgniarka, psycholog, dietetyk, rehabilitant) jest większe niż możliwości przeprowadzenia zajęć

▶▶Istotne dla życia są powikłania sercowo-naczyniowe, charakterystyczne dla TRU i dla pacjentów hemodializowanych◀◀

▶▶Chorzy ci mają wiele problemów pielęgnacyjnych wynikających z istoty i przebiegu TRU. Należy do nich zwiększone ryzyko wczesnego rozwoju miażdżycy, którego konsekwencją są problemy z wytworzeniem i utrzymaniem dostępu naczyniowego niezbędnego do HD◀◀

▶▶Należy jednak pamiętać, że sam fakt rozpoznania toczniowego zapalenia nerek nie jest przeciwwskazaniem do przeszczepienia nerki◀◀

informujących dla pacjentów. Braki kadrowe dotyczą obecnie również pielęgniarek. Mimo to w miarę możliwości każdy ośrodek powinien edukować chorych i ich rodziny; świadomy pacjent, który jest włączony do zespołu terapeutycznego, będzie bardziej angażował się w samoopiekę, co przełoży się na mniejszą liczbę powikłań.

U pacjentów z TRU mających problemy manualnie i dolegliwości bólowe w obrębie dłoni dializa otrzewnowa może być problematyczna, zwłaszcza jeśli chory jest osobą samotną lub nie może liczyć na wsparcie kogoś bliskiego. Wśród pacjentów leczonych nerkowo zastępczo 58,4% to osoby hemodializowane [6], a wśród nich także pacjenci ze schyłkową niewydolnością w przebiegu tocznia. Chorzy ci mają wiele problemów pielęgnacyjnych wynikających z istoty i przebiegu TRU. Należy do nich zwiększone ryzyko wczesnego rozwoju miażdżycy, którego konsekwencją są problemy z wytworzeniem i utrzymaniem dostępu naczyniowego niezbędnego do HD.

Stany zapalne naczyń, skłonność do zakrzepów, choroby współistniejące (np. cukrzyca) sprawiają, że zabieg operacyjny wytworzenia przetoki tętniczo-żylniej wymaga od chirurga naczyniowego dużych umiejętności. Po udanym wytworzeniu przetoki chorych z TRU wymagają dłuższego czasu arterializacji; kruchość miażdżycowo zmienionych naczyń krwionośnych nasłuchuje problemów przy nakłuciach podczas zabiegów HD, ponadto są to przetoki wymagające częstych interwencji chirurgicznych ze względu na wysoką skłonność do zakrzepów. Dostęp naczyniowy w postaci cewnika dializacyjnego również może powodować wiele problemów, zarówno podczas implantacji, jak i w czasie użytkowania. Pielęgnowanie ujęcia i zmiany opatrunku zawsze muszą się odbywać z zachowaniem zasad aseptyki, szczególnie u chorych leczonych immunosupresyjnie. Podczas użytkowania cewników dializacyjnych pojawiają się takie same problemy jak przy dostępie w postaci przetoki: skłonność do zakrzepów utrudniająca lub uniemożliwiająca przeprowadzenie zabiegu HD. Dostęp naczyniowy może powodować problemy natury psychicznej; chorzy, szczególnie młode kobiety, wstydzą się blizny po zabiegu operacyjnym, krępują się obecnością cewnika, starają się ukrywać dostęp naczyniowy pod ubraniem. Prowadzi to do niskiej oceny własnej atrakcyjności i ma wpływ na relacje partnerskie. Ze względu na TRU chorzy nie powinni wystawiać się na działanie promieni słonecz-

nych, winni nosić odzież ochronną; dializowani z cewnikiem Tenckoffa lub cewnikiem naczyniowym nie mogą korzystać z kąpeli w morzu i innych zbiornikach wodnych, a zatem muszą planować wypoczynek z uwzględnieniem tych przeciwwskazań.

Istotne dla życia są powikłania sercowo-naczyniowe, charakterystyczne dla TRU i dla pacjentów hemodializowanych. Mogą doprowadzać do incydentów wieńcowych, zawału mięśnia sercowego, udarów. Dializowani pacjenci z TRU, przybywając na stację dializ, zmagają się z powikłaniami wynikającymi z przebiegu tocznia; mogą być mniej sprawni, mieć problem z wykonywaniem precyzyjnych prac, takich jak zapinanie guzików, czy z poruszaniem się. Wymagają większego nadzoru pielęgniarskiego i pomocy przy poszczególnych czynnościach. W pielęgnacji należy uwzględnić stan psychiczny pacjenta, pamiętając, że chorzy na TRU miewają obniżony nastrój i zaniżoną samoocenę (personel medyczny powinien więc pamiętać o szczególnej uwadze i takcie). Leczenie przeszczepieniem nerki wymaga pomyślnego zakończenia badań kwalifikacyjnych, co u osób z TRU może być problematyczne ze względu na szeroki wachlarz objawów ze strony różnych układów. Należy jednak pamiętać, że sam fakt rozpoznania toczniowego zapalenia nerek nie jest przeciwwskazaniem do przeszczepienia nerki [3].

OPIS PRZYPADKU NA PODSTAWIE WYWIADU Z PACJENTKĄ

Opisywany przypadek dotyczy 49-letniej kobiety, u której w 13. roku życia zdiagnozowano TRU, obecnie będącej po przeszczepieniu nerki. Diagnozę w dzieciństwie poprzedził okres złego samopoczucia, osłabienia, zmęczenia. Dominował ból drobnych stawów dłoni i nadgarstków. W późniejszym okresie dołączyły bóle stawów kolanowych oraz mięśni wraz z zauważalnym osłabieniem siły mięśniowej. Na krótki czas pojawiła się na skórze twarzy charakterystyczna zmiana w postaci motyla. W badaniach diagnostycznych wykryto białkomocz, stan podgorączkowy utrzymujący się przez kilka tygodni, spadek masy ciała (na krótko). Incydentalnie występowały pęcherze i owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej. W dalszym przebiegu choroby pacjentka obserwowała nadciśnienie tętnicze wzmagające leczenia, wzrost poziomu cholesterolu, wzrost masy ciała.

W 20. roku życia pacjentka przeszła zawał mięśnia sercowego. W 2008 roku wystąpiły ponownie silne bóle w klatce piersiowej, osłabienie, obrzęki obwodowe. Podczas hospitalizacji zdiagnozowano powiększenie lewej komory serca; chora wymagała założenia stentu do tętnicy wieńcowej i wszczepienia kardiowertera-defibrylatora. Z uwagi na niewielką poprawę samopoczucia pacjentka została przekazana na konsultację kardiologiczną do ośrodka w Zabrze, gdzie przeszła operację zastawek serca i wymianę kardiowertera. Po hospitalizacji obserwowała u siebie szybką męczliwość, zadyszkę, a w badaniach laboratoryjnych wykazano podwyższony poziom kreatyniny.

W 2014 roku w ośrodku w Katowicach wykonano kolejną operację zastawek serca. Po zabiegu doszło do tamponady serca i zatrzymania akcji tego mięśnia. Podjęte zabiegi resuscytacyjne przywróciły rytm serca; chorą przekazano na oddział intensywnej opieki medycznej, gdzie była leczona przez miesiąc. W tym czasie obserwowano dalszy wzrost poziomu kreatyniny i narastanie obrzęków. Ze względu na masywne obrzęki i ciągły wzrost poziomu kreatyniny podjęto decyzję o rozpoczęciu HD po implantacji cewnika do żyły udowej. Po ustabilizowaniu stanu pacjentki przekazano ją do ośrodka we Wrocławiu. Z uwagi na wysokie poziomy kreatyniny zdecydowano o kontynuacji leczenia HD — po implantacji cewnika permanentnego do żyły szyjnej. Równocześnie wytworzono przetokę tętniczo-żylną z naczyń własnych pacjentki. Po długim okresie dojrzewania przetoki rozpoczęto jej nakłuwanie. Odbywało się to z dużymi problemami, często z wylewami podskórnymi; prowadzono dializę w trybie jednoigłowym. Wielokrotnie dochodziło do wykrzepiania i konieczności interwencji zabiegowych w obrębie przetoki.

Z powodu problemów z dostępem naczyniowym pacjentka podjęła decyzję o rozpoczęciu badań kwalifikacyjnych do przeszczepienia. Z uwagi na przeszłość chorobową wykonano pogłębioną diagnostykę kardiologiczną oraz pozostałe wymagane badania i w lipcu 2017 roku

wpisano chorą na Krajową Listę Oczekujących. W kwietniu 2018 roku wykonano przeszczepienie nerki od zmarłego dawcy. W okresie pooperacyjnym utrzymywał się bezmocz, następnie ilość moczu stopniowo się zwiększała. Z innych powikłań obserwowano leukopenię, objawy ze strony układu pokarmowego, takie jak biegunka, oraz niewielkie obrzęki obwodowe. Chora była hospitalizowana przez 2 miesiące po przeszczepieniu; w tym czasie obserwowano zawroty głowy, zaburzenia równowagi, hipotonię, splątanie, zaburzenia widzenia, jeden incydent utraty przytomności. Po zmianie leczenia samopoczucie pacjentki stopniowo się poprawiało i zdecydowano o zakończeniu hospitalizacji.

Pacjentka dobrze rozumie swoją chorobę, jest zorientowana w zażywanych lekach i ich objawach ubocznych. Chorując od 13. roku życia, musiała podporządkować chorobie wiele życiowych decyzji, takich jak wybór szkoły średniej i zawodu (pracownik biurowy), świadomie zrezygnowała z planów macierzyńskich. W przebiegu całego procesu choroby korzystała z pomocy specjalistów z wielu dziedzin: pediatrii, reumatologa, dermatologa, alergologa, kardiologa, kardiochirurga, internisty, neurologa, chirurga naczyniowego, transplantologa, a także była pod opieką wielu zespołów pielęgniarstwa.

PODSUMOWANIE

Toczeń rumieniowaty układowy jest przewlekłą chorobą z grupy chorób reumatycznych, w której przebiegu może dojść do zajęcia nerek, aż do schyłkowej niewydolności. Wybór metody leczenia nerkozastępczego, po uwzględnieniu indywidualnych przeciwwskazań, powinien być szeroko omówiony z pacjentem i jego rodziną. W procesie opieki nad chorym, zarówno przed rozpoczęciem dializoterapii, jak i w jej trakcie, należy uwzględniać zapotrzebowanie na edukację w zakresie choroby, jej objawów i powikłań. Co równie istotne, działania pielęgniarstwa muszą obejmować także udzielanie wsparcia emocjonalnego.

STRESZCZENIE

Choroby reumatyczne, a wśród nich toczeń rumieniowaty układowy (TRU), mogą prowadzić do powikłań i objawów ze strony wielu układów. W przebiegu TRU może dojść do zajęcia nerek, a w konsekwencji — do ich schyłkowej niewydolności. Pacjenci roz-

poczynający leczenie nerkozastępcze są obciążeni wieloma problemami pielęgnacyjnymi biopsychospołecznymi.

Forum Nefrol 2018, tom 11, nr 4, 286–292

Słowa kluczowe: toczeń rumieniowaty układowy, leczenie nerkozastępcze, problemy pielęgnacyjne, edukacja zdrowotna

Piśmiennictwo

1. Fauci A.S., Langford C.A. (red.). Reumatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
2. Hałoń A. Zmiany w nerkach w toczniu rumieniowatym układowym i innych chorobach autoimmunologicznych. Pol. J. Pathol. 2011; 1 (supl. 1): 57S–71S.
3. Myśliwiec M. (red.). Nefrologia. Medical Tribune Polska, Warszawa 2009.
4. Świerkot J. Jakie są nowe kryteria rozpoznawania tocznia rumieniowatego układowego? [EULAR 2018]. Mppł Reumatologia 2018.
5. Białobrzęska B., Dębska-Ślizień A. (red.). Pielęgniarstwo nefrologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.
6. Skowrońska Z. Rola pielęgniarki w wyborze metody leczenia nerkozastępczego. Forum Nefrol. 2012; 2 (5): 170S–178S.